

研究報告

心筋梗塞患者のセルフケアを支援する医療従事者が認識している課題と期待するシステム

A study of issues recognized by healthcare professionals and their expectations of the system when providing self-care support for patients with myocardial infarction

稲垣美紀¹⁾ Miki Inagaki, 竹下裕子¹⁾ Hiroko Takeshita, 稲垣範子¹⁾ Noriko Inagaki,
田中結華¹⁾ Yuka Tanaka, 長沢美和子¹⁾ Miwako Nagasawa,
大田 博²⁾ Hiroshi Ota, 岡田彩子³⁾ Ayako Okada

要 旨 心筋梗塞患者のセルフケアを支援する医療従事者が認識している課題と期待するシステムについて明らかにすることを目的とした。対象は、心筋梗塞患者のセルフケアを支援している医療従事者18名とした。支援する上での課題と期待するシステムについて半構成的面接調査を実施し、質的帰納的分析を行った。支援する上での課題は、【心筋梗塞に対する知識不足によりセルフケアと疾患がむすびつかない】などの15カテゴリーに分類された。期待するシステムは、【在宅療養を支援できる地域の施設との連携やネットワーク】などの5カテゴリーに分類された。医療従事者は、患者のセルフケアに関する知識や認識及び周囲のサポート体制に関する課題を感じており、個々の患者の特徴及び家族のサポート体制を踏まえた個別的・集団的アプローチに加えて、院内外における包括的な支援システムの構築の必要性が示唆された。

キーワード 心筋梗塞患者、セルフケア支援、課題、支援システム、質的記述的研究

I. 緒言

わが国の虚血性心疾患の有病率は増加しており、狭心症や心筋梗塞等の心疾患での死因は年間約17万人であり、主要死因の第2位となっている（厚生労働統計協会, 2019）。心筋梗塞患者は、入院中より再発予防のための生活習慣の是正やストレス対処などのセルフケアを実践していくことが求められる。心筋梗塞患者は、心機能の低下によって日常生活において症状を生じやすく、セルフエフィカシーも低下する（鈴木他, 2009）、抑うつなどの精神面の問題がセルフケアの実践を減少させる（Coyle, 2012）、精神面の問題が長期的な予後を悪化させること（佐藤, 2003）が明らかになっており、セルフケアの実践が

症状や精神面の安定につながり、生活の質にも良い影響を与えている（宮下他, 2010）。しかしながら、セルフケアの実践は患者にとって生活スタイルの変容を余儀なくされ、ストレスになることも指摘されている（Stewart et al., 2000）。花田（2010）は、心筋梗塞患者の自己管理行動には、医師や看護師、家族の支援を活かして自己教育力を高め、自己管理行動に対応した感情の制御が重要であると述べており、患者の心身の負担感が少ない教育が重要であるといえる。

心筋梗塞患者にとってのセルフケアは、薬物療法、運動療法、食事療法など、多岐にわたり、心臓リハビリテーションに代表される多職種の医療従事者で協働し支援していく必要がある。しかし、在院日数

1) 摂南大学 看護学部 Setsunan University, Faculty of Nursing

2) 四条畷学園大学 看護学部 Shijyonawate Gakuen University, Faculty of Nursing

3) 日本赤十字看護大学 看護学部 Japanese Red Cross College of Nursing, Faculty of Nursing

の短縮化による入院心臓リハビリテーションでの実施困難や外来心臓リハビリテーションの普及の遅れがあり（後藤, 2015）、医療従事者がセルフケア支援を実践する上で課題を感じていると予測される。

そこで、本研究では、心筋梗塞患者の支援に必要な要素を抽出し、急性期から在宅療養まで継続的に支援できる包括的なシステムを検討するために、心筋梗塞患者と家族のセルフケアを支援している医療従事者が認識している支援する上での課題、期待するシステムを明らかにすることを目的とした。

Ⅱ. 研究方法

1. 用語の操作的定義

セルフケア：患者が自身の健康回復や再発予防のために主体的に遂行する活動とし、身体活動だけでなく精神活動も含むものとした。

セルフケアを支援する上での課題：医療従事者が心筋梗塞患者のセルフケア支援において認識している困難や問題とした。入院患者だけでなく、外来患者の支援も含むこととした。

期待するシステム：医療従事者が心筋梗塞患者のセルフケアを支援する上で、あれば役に立つ、またはあれば良いと考える体制とした。

2. 研究デザイン

支援する上での課題や期待するシステムについて、医療従事者の視点からの経験をありのままに記述するため、質的記述的研究とした。

3. 研究対象

研究協力施設は、大阪府内の1医療機関で病床数は約300床であり、CCU（内科系心臓集中治療室）及び心臓リハビリテーション部門を有している。対象者は、研究協力機関で心筋梗塞患者のセルフケア支援を実践している医療従事者（医師、看護師、薬剤師、理学療法士、運動療法士、栄養士）とした。研究参加者の選定は、施設の責任者及び看護部長にリストアップを依頼した。リストアップにおいて、通常の業務において患者を支援しており、支援する上での課題や期待するシステムについて語ることが

できる医療従事者であれば、経験年数を問わないこととした。

4. 調査方法

セルフケアを支援する上での課題と期待するシステムについて、半構成的面接調査を実施した。面接は、各参加者につき1回とし、30分～1時間程度とした。対象者の基礎情報は、職種、性別、業務経験年数、セルフケア支援の経験年数とした。対象者の基礎情報は、インタビュー時に対象者より直接聴取した。

5. 分析方法

対象とのインタビューを通じて得られたデータを意味の類似性に基づき客観的かつ体系的に分析するため質的帰納的分析を実施した。得られたデータのうち、セルフケアを支援する上での課題、期待するシステムを表現していると考えられる部分を抽出し、コード化し、意味の類似性に従って分類した。分析結果の妥当性を高めるため、データのコード化やカテゴリー化、カテゴリー名の命名などの分析過程において、研究者間で検討し、再分析や修正を行った。また、急性期看護学領域において質的分析の経験のある研究者のスーパーバイズを受けた。

6. インタビュー実施期間

2018年2月～2018年3月

7. 倫理的配慮

研究参加者には、研究の目的・調査方法・調査内容、研究参加や研究参加の中止の自由、個人情報の保護やデータ管理について口頭と書面で説明し、文書で同意を得た。インタビューは業務上支障のない時間に研究協力施設内の個室で実施した。調査にあたり、2017年度摂南大学の人を対象とする研究倫理審査委員会の審査を受け、承認を得た（承認番号2017-064）。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の背景（表1）

男性5名、女性13名の計18名で、職種は、医師2名、看護師10名（外来心臓リハビリテーション部門

表1 対象者の背景

ID	性別	業務経験年数	セルフケア 支援経験年数
1	女性	24	19
2	女性	16	14
3	女性	21	16
4	女性	3	3
5	女性	7	7
6	女性	11	4
7	女性	2	2
8	女性	3	2
9	男性	2	1
10	女性	7	7
11	男性	10	4
12	女性	1	1
13	女性	22	7
14	女性	23	18
15	女性	21	18
16	男性	17	13
17	男性	16	6
18	男性	14	14

での勤務2名、病棟での勤務8名)、薬剤師2名、理学療法士2名、健康運動療法士1名、栄養士1名であった。業務経験年数の平均は、12.2年(SD8.1)で、セルフケア支援経験年数の平均は、8.7年(SD6.5)であった。

インタビュー時間の平均は、41.9分(SD12.6)であった。

2. セルフケアを支援する上での課題

抽出した445コードのうち、類似したコードをまとめた結果、57サブカテゴリーに分類された。さらに類似したサブカテゴリーをまとめた結果、15カテゴリーに分類された。抽出されたカテゴリーとサブカテゴリーは、表2に示す。以下、本文中の【】はカテゴリー、斜字は参加者の語りを示す。

【心筋梗塞に対する知識不足によりセルフケアと疾患がむすびつかない】は、セルフケアの必要性は理解しているが、実際の自身の生活習慣が疾患の原因になることへの理解ができていないことや具体的なイメージのないまま退院しセルフケアができていない状況が述べられた。

結局、(タバコや食事などが)心筋梗塞とか病気が悪くなることにつながることであったり、生活習慣病が悪いと言われているけど、具体的にどうなると

いうことを皆さんあんまり理解してなかったりとも思います。(ID:1)

【無症状で重症感がないことによりセルフケアの必要性が理解できない】は、早期の治療で症状が安定し疾患に対する重症感がないことでセルフケアの必要性への理解が希薄になり、不摂生な生活に戻ってしまうことが述べられた。

薬を飲めなくて、心不全になって10年ぐらい経っているのに、疾患の事とかもわかっていない人がいて、説明したら血圧も計るようになった、薬も自分でチェックして飲むようになった、中途半端にしか疾患がわかっていなかったんでしょうか。症状が出なかったらいけると思っていたらしくって。(ID:7)

【自己判断や知識不足で誤ったセルフケアをしている】は、セルフケアを積極的に実践しているが、自己判断や誤った知識でセルフケアを実践している状況が述べられた。

漬物を漬物感覚で食べていない。野菜とサラダみたいな感覚で、松前漬とか食べていた人がいました。(ID:2)

【長年の生活習慣や環境により改善が難しい】は、長年の習慣や環境から患者の生活習慣が固定化しており、医療従事者の提案を受け入れにくい状況があることが述べられた。

こっちが提案しても、自分の選択肢にないパターンは受け入れられないじゃないかな、何か聞き流すんですよね。自分の生活とは別の話っていう形で。(ID:14)

【患者の性格上セルフケアを促すとストレスが高まる】は、医療従事者が患者にセルフケア支援をすることで患者のストレスを高めることや医療従事者との関わり自体を拒否してしまう患者がいることが述べられた。

多くの方が守らなければいけないと囚われてしまうとストレスがすごいかかってしまう、生活指導が一番難しいと感じている。(ID:6)

【セルフケアの効果が感じられず負担を感じている】は、多くのセルフケアを実践していても病状が重症でコントロールしづらい状況や、効果よりもセ

表2 セルフケアを支援する上での課題

カテゴリー (15)	サブカテゴリー (57)
心筋梗塞に対する知識不足によりセルフケアと疾患がむすびつかない	疾患や治療に関する知識が不足している 自身の生活習慣やセルフケアと疾患がむすびつかない 退院後の生活のイメージがついておらずセルフケアができない
無症状で重症感がないことによりセルフケアの必要性が理解できない	症状がないために安静やセルフケアの必要性が理解できない 重症感がなく不摂生に戻ってしまう 年齢が若く体力もあるため大丈夫と思っている 悪化すれば入院して治せば良いと思っている
自己判断や知識不足で誤ったセルフケアをしている	セルフケアに関する知識不足で間違った方法をしてしまう 血圧や体重測定を正しく測定できていない 血圧や体重、症状から悪化を判断し早期に受診ができない 自己判断で薬を飲まない
長年の生活習慣や環境により改善が難しい	食事の習慣や環境によって食事の改善が難しい 清潔や感染予防の習慣や環境から習慣の改善が難しい 活動や運動の習慣から習慣の改善が難しい 手帳に記録する習慣がなく手帳の記録や携帯が難しい
患者の性格上セルフケアを促すとストレスが高まる	セルフケアを促すと患者のストレスや負担が高まってしまう 関わらせてもらうこと自体が難しい セルフケアのために自分の生活を変えたくないという患者の価値観がある 運動や薬といったセルフケアに対して良いイメージがない
セルフケアの効果が感じられず負担を感じている	セルフケアをしても病状がコントロールしづらい セルフケアのデメリットや負担を感じている
意欲低下からセルフケアの長期継続ができない	長期化することでセルフケアの意識が低下してしまう 自分でやっていくのは難しい 院外の施設では運動がつかない
仕事や遠方という理由から受診や外来リハビリテーションへの通院ができない	仕事で時間がなく運動や外来に通院ができない 遠方でリハビリに通うことが難しい
経済的な理由からセルフケアに必要な資源や物品を活用できない	経済的な負担からリハビリに通うのが難しい 経済的な負担から食事や食材の準備が難しい 薬の管理や検査にも経済的な負担がかかる
高齢、認知症や心身の機能低下によりセルフケアが難しい	患者が高齢でセルフケアが難しい 認知症がありセルフケアが難しい 心身の機能低下がありセルフケアが難しい
周囲の人々からセルフケアの協力が得られない	独居で家族がいない 家族に関心や余裕がなくセルフケアの協力ができない 家族のセルフケアの知識や方法に問題がある 家族も高齢でセルフケアの協力ができない 職場の意識に問題がある
有効な介入をするための情報収集や教育方法の選択が難しい	セルフケア上の問題について患者から情報収集することが難しい 集団教育か個別教育のどちらの方法が有効かわからない 教育媒体が有効に活用できていない 適切な情報の量や内容が提供されず患者が忘れたり混乱したりしてしまう 説明だけでは患者が理解できない 患者が実行できるセルフケアの提案が難しい
個々の患者に深く介入できない	患者と話していると話がずれたり、抵抗されることがある 踏み込んで深く介入できない 業務分担任があり個々の患者を継続して介入できていない 説明などの介入に必要な時間をとることが難しい
院内外での多職種間での連携が難しい	多職種によるカンファレンスや介入の調整が難しい 多職種間で患者の情報を共有されていない 個々のスタッフのセルフケア支援に関する認識がばらばら 各専門職の役割分担が確立できていない 院内の専門職のマンパワーが不足している 院外の看護職・介護職との連携が取れていない
心臓リハビリテーション終了後の患者を支援できる制度や施設が不十分である	心臓リハビリテーション卒業後の患者に院外の施設と連携してフォローができない 外来の心臓リハビリテーションでフォローできる患者が限定されている 保険適応外で長期間のフォローができない 院内の心臓リハビリテーション室の設備に関する問題がある

セルフケアのデメリットや負担を強く感じている状況があることが述べられた。

末期の人は何をしても一定期間家で過ごす（悪くなる）頓服も使ってくれているし、体重も量ってくれていても急に悪くなってしまうので難しいです。

むくみや血圧とかが前兆なく一気にくる人というのはコントロールが難しいです。(ID:15)

【意欲低下からセルフケアの長期継続ができない】は、入院中はセルフケアできても、長期間の心臓リハビリテーションに参加しているうちに意欲が低下

しドロップアウトしてしまうことや患者自身で継続して実践する難しさが述べられた。

ドロップアウトしていく人がいたり、モチベーションの維持も含めて、血圧と体重計を記録につけて、薬も飲み忘れないようチェックしてなかなか難しいです。モチベーションがないと続けていけない。元々記録をつけていたという人はいいですけど、そうじゃない人も多い。(中略) すごくよくなっているとか実感できないと何のためにつけているか、もう面倒くさくなったわ、みたいな。(ID:16)

【仕事や遠方という理由から受診や外来リハビリテーションへの通院ができない】は、有職者の患者は、仕事の都合で受診やリハビリテーションのための通院さえも難しい状況があることが述べられた。

若いので、なかなか仕事を休んでまで心リハには来れない。こちらとしても指導は難しいというのがありますね。頑張りますと声だけは良いんですけど、外来も来なくて、ドロップアウトしたり、脂質異常になっていくとか。(ID:2)

【経済的な理由からセルフケアに必要な資源や物品を活用できない】は、高齢患者は、経済的な事情から、通院するための手段が整いにくい状況や配食サービスなどの活用もできない状況があることが述べられた。

高齢の方は病院まで付き添いがないと来れない、タクシーで来るのはお金がないとか。(ID:1)

高齢の方は食事を宅配にできるようにしたりお金がかかるのできつくいいない。(ID:4)

【高齢、認知症や心身の機能低下によりセルフケアが難しい】は、高齢患者は、認知力の低下からセルフケアの説明が理解しにくい状況があることや身体的な問題によりセルフケアの実践に困難があることが述べられた。

高齢者が多くて、つくるのがしんどいとかでレトルトや買ってきたお惣菜が多くて、知らず知らず塩分が多くなったりという例が多いかなと思います。(ID:4)

【周囲の人々からセルフケアの協力が得られない】は、家族や職場環境を含めた周囲の支援に対する内

容であり、独居で家族がいない患者のセルフケアの困難さや家族と同居していても有効な協力が得られていない状況があること、有職者においては職場からの協力が得られない状況が述べられた。

家族が薬を飲んだから具合が悪くなったと言って、6か月薬を飲ませていなかったり。禁煙教育とかしてもね、結局職場はみんな吸っているから、帰ったら吸いますよとかおっしゃるんです。そういうのは困ったなって思って。(ID:3)

【有効な介入をするための情報収集や教育方法の選択が難しい】は、患者を支援するための患者の状況把握に必要な情報収集の困難さ、個々の患者に適切な教育方法を選択することへの困難さが述べられた。

なかなか、聞き取りだけだと本人はやってるやってるっていうだけで、本当のところはわからないというのがありますんで。(ID:2)

【個々の患者に深く介入できない】は、継続して患者を支援できていないことや患者に抵抗されることがあり、踏み込んで介入できない状況が述べられた。

そんなこと言われても、栄養士や看護師の正論に反抗がある人も(います)自分の現状を見ないです、自分はそんなことはないと否定する人が多い。(ID:14)

【院内外が多職種間での連携が難しい】は、院内の多職種間でのカンファレンスや介入を調整し、院外が多職種と連携する上での困難が述べられた。

看護師が指導する際に内容によっては栄養士と一緒にした方がいいのがありますし、薬剤師とした方が良いという内容もありますし、栄養士と薬剤師と看護師はバラバラに指導するのです。(中略) その情報を統一するのは難しい患者がいて、退院カンファレンスできたらいいですけど全員にするわけではないので。(ID:5)

【心臓リハビリテーション終了後の患者を支援できる制度や施設が不十分である】は、心臓リハビリテーションを終了した患者が安全に効果的な運動を継続できるための制度や施設が整備されていない状況があることが述べられた。

リハビリにしても、なかなか心リハでやっている

ところはないので、心筋梗塞をした方でも一般のフィットネスに行く人もいる、黙っていく人もいますけど、やっぱりやりすぎていたりとか、危ないなっていう時もあるし。逆に正直に言ったら、うちではできませんよって断られたって方もいるので。(ID:1)

3. セルフケアを支援する上で期待するシステム

抽出した84コードのうち、類似したコードをまとめた結果、13サブカテゴリーに分類された。さらに類似したサブカテゴリーをまとめた結果、5カテゴリーに分類された。抽出されたカテゴリーとサブカテゴリーは、表3に示す。

【在宅療養を支援できる地域の施設との連携やネットワーク】は、外来患者の運動を支援できる施設や訪問看護師や介護士といった在宅療養者を支援する専門職との連携に関する内容が述べられた。

ずっと病院だけでやるのは限界があると思うので、地域のフィットネスとかと提携を組んでいるところもありますけど、そういう輪が広がって、(中略)地域のネットワークですね。高齢の方にはデイサービスとかデイケアとうまくやる方がいい、訪問リハとか在宅ケアとの連携ですか。(ID:17)

【運動を継続できるための設備や機会の設定】は、院内の運動設備を充実させることや近隣や職場で定期的に運動する機会を設定することが述べられた。

駐車場とか、中庭もね。ジムとか作ればね、理想ですね。そこにドクターは常駐しなくても、同じ病

院内なので、それが本当に理想ですね。(ID:13)

【院内の各専門職の専門性を生かした連携】は、院内の多職種が連携し、専門性を生かした連携ができるためのカンファレンスや研修会の設定などの環境に関する内容が述べられた。

家族と同時に指導する際は、どういった病状かの説明をしながら指導を望まれることが多いので、医師を入れて説明ができたらいいなと思いますね。(ID:5)

【患者との関わりを深めるための時間や支援能力の向上】は、患者と深く関わるために必要な時間の確保、患者を支援するために必要な知識の獲得やコミュニケーション能力を向上させたいという自己研鑽の必要性が述べられた。

食事に関しては栄養士に頼るんですけど、(中略)そういう詳しい人に頼れば、もっといい案が来るだろうし、ある程度はご提案させていただいて、その他は栄養士にお話をセッティングしたりとかはしてるんですけど。自分もわかっていけばいいというのは、もっと勉強会みたいなのはしたいですね。(ID:6)

【連携や支援するためのツール】は、多職種で連携し支援するための共通の媒体としてセルフケア手帳の活用や理解しやすい教材開発に関する内容が述べられた。

新しい何かを考えていった方が建設的なかもしれないなって思ったりもするんですけど。クラウドであったり、自動的にみたいなのがないと。ある種

表3 医療従事者が期待するシステム

カテゴリー (5)	サブカテゴリー (13)
在宅療養を支援できる地域の施設との連携やネットワーク	在宅療養を支援しているスタッフとの連携
	かかりつけ医と手帳を活用した連携
	地域の運動施設との連携やネットワーク
運動を継続できるための設備や機会の設定	院内で運動できる施設の整備
	心臓リハビリテーション以外の運動できる施設や場の設定
院内の各専門職の専門性を生かした連携	各専門職の専門性や部署の特徴を生かした連携
	院内の多職種で情報共有できるカンファレンス
	多職種によるタイミングに合わせた説明や教育の調整
患者との関わりを深めるための時間や支援能力の向上	患者と深く関わるための時間
	患者のセルフケアを支援するための知識や方法を勉強できる機会
連携や支援するためのツール	手帳を活用した患者の情報共有と連携
	手帳以外の新たな教育ツール
	検査データを活用したわかりやすい説明ができるためのツール

やりすぎている時には教えてくれる、やらなさすぎの時も教えてくれるような。(ID:16)

Ⅳ. 考察

1. セルフケアを支援する上での課題

【心筋梗塞に対する知識不足によりセルフケアと疾患がむすびつかない】からは、セルフケアの必要性への理解があっても、疾患やセルフケアへの知識不足から実際にどのようなセルフケアが再発予防につながるのかということまで理解できず、セルフケアの実践が伴わないことが考えられる。【無症状で重症感がないことによりセルフケアの必要性が理解できない】からは、発症後の説明でセルフケアの必要性を理解していても、重症感がなく、時間経過も伴いセルフケアの意識が薄れ、継続する上での困難となっていることが考えられる。Gaw (1992) は、冠動脈インターベンション後の患者は、身体的侵襲が少ないために疾患を軽く捉えすぎており、生活習慣の変容への動機付けが低いことを指摘しており、参加者においても発症後に治療が成功し症状がおさまったため、必要性の認識も薄れていることが考えられる。藤原他 (2006) は、心筋梗塞患者の退院後の日常生活に関する指導内容が遵守できたか否かは、患者側の要因と医療従事者側の要因が密接に影響しあい、セルフケアの内容が理解しやすく実践による周囲への影響が少ない内容は遵守しやすいことを報告している。本調査においても同様に、セルフケアを長期間継続する必要は理解しているが【意欲低下からセルフケアの長期継続ができない】、長期に実践しても【セルフケアの効果が感じられず負担を感じている】という継続実践に対する課題が考えられる。さらに、セルフケアの実践は今までの長年継続してきた生活を変容することになり、【長年の生活習慣や環境により改善が難しい】だけでなく、生活習慣の改善を教育する関わり自体により【患者の性格上セルフケアを促すとストレスが高まる】ことが考えられ、患者のニーズに沿った具体的な支援や医療従事者間での密な情報交換が必要である。

近年の入院期間の短縮化により、入院中にセルフケアを支援できる期間も短縮していることから冠動脈インターベンション後の早期から心臓リハビリテーションによるセルフケア支援も開始される。しかし、リハビリテーションの早期の段階においては、患者の心身の疲労感から教育へのレディネスが整いにくく、医療従事者と患者との信頼関係も十分には構築できていないことが予測され、【個々の患者に深く介入できない】【院内外の多職種間での連携が難しい】という限られた時間で多職種連携によって患者と関わること自体に課題を認識していることが考えられる。坂本ら (2016) は、心臓リハビリテーションにおける心理的介入の必要性はあるが、実際に臨床心理士が活動している現場の少なさを指摘している。本調査施設においても、常勤の臨床心理士は不在であり、ストレスを強く感じている患者に関わる場合において課題を感じていたことが考えられる。また、多職種連携による支援をするためには、カンファレンスや介入のための情報共有や業務調整が必要であるが、時間的制約やセルフケア支援への認識のばらつきなどからの困難があることが考えられる。また、【有効な介入をするための情報収集や教育方法の選択が難しい】という個々の患者情報の収集や介入方法の選択に関する困難もあることから、個々の患者にとって有効な支援の実施に困難を感じていることが考えられる。したがって、医療従事者は、患者の理解度だけでなく心身状態をアセスメントしたうえで、信頼関係を深めながら個々の患者にとって受け入れやすいセルフケアを多職種連携によって支援することが重要である。

【自己判断や知識不足で誤ったセルフケアをしている】からは、セルフケアの必要性は認識できていても、実践する上での知識不足や誤った自己判断によって、適切なセルフケアが実践できていないことが考えられる。心筋梗塞後のセルフケアのうち、セルフチェックに関する内容（血圧測定や体重測定、症状）は、日内変動が大きいため一定の測定時間や方法で計測することが重要である。しかし、一定の時間や方法での計測が生活習慣上難しいこと、また

セルフチェックはできても計測値や症状からの判断が難しく、自己対処を試み、病状がさらに悪化してからの受診となっていることが考えられる。熊坂他(2016)は、虚血性心疾患患者の心臓リハビリテーションの社会的認知度は低い、リハビリテーションへの参加意思や充実した医学的指導への要望は高いことを報告している。したがって、個々の患者が在宅でも継続しやすい時間帯や方法の設定と適切な判断方法について教育し、判断に迷う際には電話による相談の活用を促すことも重要である。

【仕事や遠方という理由から受診や外来リハビリテーションへの通院ができない】【経済的な理由からセルフケアに必要な資源や物品を活用できない】【周囲の人々からセルフケアの協力が得られない】からは、患者本人のセルフケアに対する意欲はあっても、社会的役割や経済的な課題からセルフケアの実践に困難があることが考えられる。また、【高齢、認知症や心身の機能低下によりセルフケアが難しい】からは、セルフケアが難しい高齢患者や認知症患者が増加しており、ソーシャルサポートが必須であることが考えられる。ソーシャルサポートとセルフケアの関連については、虚血性心疾患患者に関する先行研究でも禁煙との関連(瀬戸他, 2009)、食習慣や休息との関連(遠藤, 2002)、運動の継続との関連(小西, 2001)が明らかになっている。しかし、【院内外の高職種間での連携が難しい】【心臓リハビリテーション終了後の患者を支援できる制度や施設が不十分である】といった退院後に患者を支援する院外の専門職との連携や支援する制度や施設の不足からソーシャルサポートの継続的な活用が難しいことも予測されるため、患者が継続的に有効なサポートが得られるよう、院外の施設との連携の強化及び家族への支援を継続することが重要である。

2. セルフケアを支援する上で期待するシステム

期待するシステムは、【在宅療養を支援できる地域の施設との連携やネットワーク】【院内の各専門職の専門性を生かした連携】といった患者を支援するために院内外の専門職や施設との連携を強化することや運動を継続するための施設の充実が挙げられ

た。【高齢、認知症や心身の機能低下によりセルフケアが難しい】【周囲の人々からセルフケアの協力が得られない】、【院内外の高職種間での連携が難しい】といった課題があり、急性期病院から在宅療養に向けてシームレスなサポート体制の強化が重要であると考えられる。また、【心臓リハビリテーション終了後の患者を支援できる制度や施設が不十分である】【仕事や遠方という理由から受診や外来リハビリテーションへの通院ができない】【意欲低下からセルフケアの長期継続ができない】【経済的な理由でセルフケアに必要な資源や物品を活用できない】という在宅で継続する上の課題がある。海外においては、在宅で遠隔的なサービスを活用しながら運動を継続することで2次予防に成果があることが報告されており(Randal J. et al., 2019)、【運動を継続できるための設備や機会の設定】ができるよう、地域の運動施設や職場との連携も必須である。

短い入院期間で【長年の生活習慣や環境によって改善が難しい】【患者の性格上セルフケアを促すとストレスが高まる】【セルフケアの効果が感じられず負担を感じている】患者と関わること自体に【個々の患者に深く介入できない】と感じていたり、【有効な介入するための情報収集や教育方法の選択が難しい】という自身の能力の限界を感じていたことから、【患者との関わりを深めるための時間や支援能力の向上】への支援を期待していることが考えられる。【連携や支援するためのツール】は、【心筋梗塞に対する知識不足によりセルフケアと疾患がむすびつかない】【無症状で重症感がないことによりセルフケアの必要性が理解できない】【自己判断や知識不足で誤ったセルフケアをしている】といった患者の理解度に課題がある場合も多いため、医療従事者間での患者情報の共有及びデータを活用したわかりやすい説明に活用できるツールを期待していると考えられる。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究は、1施設のみ医療従事者を対象としており、参加者の多くは看護師であるため、得られた結果を一般化するには十分な考慮が必要である。今

後は、複数の施設において、看護師以外の参加者を増やし調査を実施する必要がある。

V. 結論

セルフケアを支援する上での課題は、【心筋梗塞に対する知識不足によりセルフケアと疾患がむすびつかない】などの15カテゴリーに分類された。期待するシステムは、【在宅療養を支援できる地域の施設との連携やネットワーク】などの5カテゴリーに分類された。医療従事者は長年の生活習慣を改善するために、患者の疾患の知識やセルフケアの認識に課題があると感じていることが示唆された。さらに、家族の高齢化や周囲のサポート体制の課題もあり、患者や家族への急性期から在宅療養まで継続的でシームレスな支援の必要性を感じていることも示唆された。したがって、患者の特徴や家族のサポート体制などを踏まえた多職種連携による支援及び院内外におけるシームレスなシステムの構築が必要である。

謝辞

本調査にご協力いただきました医療従事者の皆様、協力施設の看護部長をはじめ、スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。本論文は2017～2020年度のJSPS科研費 JP17K12273の助成を受けて行い、本論文の一部は第38回日本看護科学学会学術集会にて発表した。本研究に関して開示すべき利益相反はありません。

文献

Coyle M.K. (2012) : Depressive Symptoms After a Myocardial Infarction and Self-care. Archives of Psychiatric Nursing, 26 (2), 127-34.
遠藤晶子, 川久保清, 李廷秀, 細川亜希子, 濱本紘, 北原公一. (2002) : 心筋梗塞・冠状動脈バイパス術患者のソーシャルサポートー自己管理と冠危険因子改善に対する提供主体別サポートの関

連. 心臓リハビリテーション, 7 (1), 168-171.
藤原美幸, 村上綾子, 野崎愛子, 田口美貴. (2006) : 退院指導をうけた心筋梗塞患者の退院後の生活の現状調査. 三田市民病院誌, 18, 28-33.
Gaw B.L. (1992) : Motivation to change lifestyle following PTCA. Dimensions of Critical Care Nursing, 11 (2), 68-74.
後藤葉一. (2015) : わが国における心臓リハビリテーションの現状と将来展望. 日本冠疾患学会雑誌, 21 (1), 58-66.
花田妙子. (2010) : 支援形成と自己教育力が心筋梗塞患者の自己管理行動に及ぼす影響. 健康心理学研究 23 (2), 22-33.
小西治美, 遠水佐知子, 矢田みゆき, 後藤葉一. (2001) : 家族の協力が心臓リハビリテーション終了後の運動療法継続に及ぼす効果. 心臓リハビリテーション, 6 (1), 55-58.
厚生労働統計協会. (厚生指標/2019). 主要死因統計. 2019年8月26日, <https://www.hws-kyokai.or.jp/information/statistics.html>
熊坂礼音, 大宮一人, 長山雅俊, 安達仁, 折口秀樹, 上嶋健治, 牧田茂, 上月正博, 増田卓, 代田浩之, 野原隆司, 百村伸一, 伊東春樹, 後藤葉一. (2017) : 心臓リハビリテーションの認知度に関する一般人・虚血性心疾患患者対象大規模認知度調査. 心臓リハビリテーション. 22 (2-3), 170-183.
宮下照美, 柴山健三. (2010) : 退院後定期的に軽度な運動を実施した急性心筋梗塞患者のQOLの評価. 日本救急看護学会雑誌, 12 (1), 1-8.
Randal J. Thomas, Alexis L. Beatty, Theresa M. Beckie, LaPrincess C. Brewer, Todd M. Brown, Daniel E. Forman, Barry A. Franklin, Steven J. Keteyian, Dalane W. Kitzman, Judith G. Regensteiner, Bonnie K. Sanderson, Mary A. Whooley (2019) : Home-Based Cardiac Rehabilitation: A Scientific Statement From the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, the American Heart

Association, and the American College of Cardiology. *Circulation*, 140, 69-89.

坂本摩耶, 三浦伸一郎, 藤見幹太, 松田拓朗, 戒能宏治, 上田隆士, 石田紀久, 上田容子, 藤田政臣, 手島礼子, 堀田朋恵, 有村忠聡, 朔啓二郎. (2017): 心臓リハビリテーション実施患者への心理的支援の試み. *臨牀と研究*, 94 (1), 109-112.

佐藤洋. (2003): 心筋梗塞後のうつ状態と長期予後. *産業精神保健*, 11 (4), 355-357.

瀬戸初江, 吉田俊子. (2009): 経皮的冠動脈インターベンションを受けた患者の行動変容に影響を

及ぼす要因の検討. *日本循環器看護学会誌*, 5 (1), 63-71.

Stewart M., Davidson K., Meade D. & Hirth A. (2000): Myocardial Infarction: Survivors' and Spouses' Stress, Coping, and Support. *Journal of Advanced Nursing*. 31 (6), 1351-60.

鈴木小百合, 古瀬みどり. (2009): 冠動脈インターベンション後患者の自己管理に対する自己効力感と生活習慣 身体的状況及びソーシャルサポートとの関連. *日本看護研究学会雑誌*, 32 (5), 95-103.